

**SCHEDA ANAMNESTICA SECONDA SOMMINISTRAZIONE VACCINO PFIZER****DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

NOME	
COGNOME	
SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA
DATA DI NASCITA	___/___/_____

Vaccino Comirnaty BioNTech/Pfizer seconda somministrazione (a distanza di 3 settimane)**REAZIONI ALLA PRIMA SOMMINISTRAZIONE**

DATA DELLA PRIMA SOMMINISTRAZIONE	___/___/_____
<p>Rispetto alla rilevazione anamnestica effettuata in occasione della prima somministrazione si sono verificate variazioni (stato di gravidanza, allattamento, esito dei test per infezione da SARS-Cov-2, nuove terapie, etc...)</p> <p><input type="checkbox"/> Sì (precisare le variazioni):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Dopo la somministrazione della prima dose di PFIZER ha presentato reazione locale nella sede di somministrazione (prurito, eritema, edema, etc..).</p> <p><input type="checkbox"/> Sì (specificare, colonna a lato)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Tipo di reazione:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Dopo la somministrazione della prima dose di PFIZER ha presentato reazione generalizzata/sistemica/a distanza dalla sede di somministrazione (orticaria, angioedema, prurito generalizzato, etc..).</p> <p><input type="checkbox"/> Sì (specificare, colonna a lato)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Tipo di reazione:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tempo intercorso tra la somministrazione e la comparsa della reazione avversa:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

IN CASO DI REAZIONE AVVERSA COMPILARE ANCHE LE PARTI SUCCESSIVE

<p>Precedenti reazioni avverse a vaccini:</p> <p><input type="checkbox"/> Sì → Nome o tipo di vaccino che ha dato reazione: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>		<p>Tipo di reazione: _____</p> <p>Data: ____/____/_____</p>
<p>Precedenti reazioni allergiche gravi (anafilassi) da causa non nota:</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>		<p>Tipo di reazione: _____</p> <p>Data: ____/____/_____</p>
<p>Precedenti reazioni avverse a farmaci:</p> <p><input type="checkbox"/> Sì:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nome del farmaco: _____ Tipo di reazione: _____ • Nome del farmaco: _____ Tipo di reazione: _____ • Nome del farmaco: _____ Tipo di reazione: _____ <p><input type="checkbox"/> No</p>		

EFFETTI SUL PERCORSO DI CURE ONCOLOGICHE

<p>La prima somministrazione del vaccino PFIZER ha determinato:</p>	
<p>Ritardi nella somministrazione del trattamento oncologico</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Se Sì per motivi</p> <p><input type="checkbox"/> Logistici</p> <p><input type="checkbox"/> Effetti collaterali o reazioni al vaccino</p>
<p>Problematiche cliniche nella somministrazione del trattamento oncologico o variazioni dello stesso</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Se Sì per motivi</p> <p><input type="checkbox"/> Logistici</p> <p><input type="checkbox"/> Effetti collaterali o reazioni al vaccino</p>

DATA E LUOGO: ____/____/____, _____

FIRMA DEL VACCINANDO: _____

CONCLUSIONI A CURA DELL'OPERATORE SANITARIO CHE RACCOGLIE L'ANAMNESI

Vaccinabile senza precauzioni

Vaccinabile con 60 min. di osservazione

Vaccinabile IN AMBIENTE PROTETTO ALLERGOLOGICO (in caso di sospetta reazione generalizzata allergica)

Firma dell'operatore sanitario: _____

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e Cognome:	Telefono:		
Anamnesi	SI	NO	NON SO
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:.....			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? - sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

Anamnesi COVID-correlata	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?			
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
• Dolore addominale/diarrea?			
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19:			
• Nessun test COVID-19 recente			
• Test COVID-19 negativo (Data: _____)			
• Test COVID-19 positivo (Data: _____)			
• In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute
